

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Félix FOURIAUD

Né le 3 Janvier 1899 à Bénévent-l'Abbaye (Creuse)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

CONJONCTIVITES PURULENTES NON GONOCOCCIQUES
DU NOUVEAU-NÉ

Président : M. DE LAPERSONNE, Professeur.

PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1920

30

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Félix FOURIAUD

Né le 3 Janvier 1889 à Bénévent-l'Abbaye (Creuse)



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

CONJONCTIVITES PURULENTES NON GONOCOCCIQUES
DU NOUVEAU-NÉ

Président : M. DE LAPERSONNE, Professeur.

PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSUR : M. POUCHET

PROFESSEURS

Anatomie	MM. NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	ACHARD.
	WIDAL.
	GILBERT.
	CHAUFFARD
	MARFAN.
Hygiène et clinique de la première enfance	N.
Clinique des maladies des enfants	DUPRÉ.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	JEANSELME
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	P. MARIE.
Clinique des maladies du système nerveux	TEISSIER.
Clinique des maladies contagieuses	DELBET.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	LEJARS.
	HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BAR.
	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologique	J. L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile	Aug. BROCA.
Clinique thérapeutique	VAQUEZ.
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU.

Agrégés en exercice

MM.

ABRAMI.	DUVOIR.	LANGLOIS.	PHILIBERT.
ALGLAVE.	FIESSINGER.	LARDENNOIS.	RATHERY.
BASSET.	GARNIER.	LEMIERRE.	REITTERER.
BAUDOÜIN.	GOUGEROT.	LEQUEUX.	RIBIERRE.
BLANCHETIÈRE.	GRÉGOIRE.	LEREBoullet.	RICHAUD.
BRANCA.	GUILLEMINOT.	LERI.	ROUSSY.
CAMUS.	GUENIOT.	Le LORIER.	ROUVIERE.
CHIRAY.	GILLAIN.	LEVY-SOLAL.	SCHWARTZ, A.
CHAMPY.	HEITZ-BOYER.	MATHIEU.	TANON.
CHEVASSU.	JOYEUX.	METZGER.	TERRIEN.
CLERC.	LABBE HENRI.	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
DESMAREST.	LAIGNEL-LAVAS-	MULON.	VILLARET.
DEBRE.	TINE.	OKINCZYC.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA FEMME

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

Respectueux hommages.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CANTONNET

OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX DE PARIS

*qui nous a suggéré cette thèse et que
nous remercions de son affectueuse
bienveillance.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR VOUZELLE

HÔPITAL DE LIMOGES

1910-1911 (Externat)

MONSIEUR LE DOCTEUR THOUVENET

HÔPITAL DE LIMOGES

1911-1912 (Externat)

MONSIEUR LE DOCTEUR PÉRIGORD

HÔPITAL DE LIMOGES

1913 (Internat)

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

HÔPITAL DES ENFANTS MALADES

1919

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

HÔPITAL DE LA PITIÉ

1919

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI BONNET

PRÉPARATEUR D'HYGIÈNE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

dont l'aide amicale dans son laboratoire nous a été précieuse.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

On avait pu penser après la découverte du gonocoque, qu'il était l'agent causal de toutes les conjonctivites purulentes du nouveau-né. Mais par la suite, on remarqua que beaucoup d'entre elles étaient non-gonococciques. Les unes étaient dues à des microbes pathogènes connus, pneumocoques, bactérium coli, etc. Les autres plus nombreuses échappaient à toute précision étiologique, l'examen du pus ne révélant aucun micro-organisme.

Dans son excellente thèse en 1904, Druais affirme ces faits et sur 63 observations de conjonctivites du nouveau-né, il apporte 39 cas de non-gonococciques dont 30 sont amicrobiens.

C'est en 1908 que Stargardt découvrit dans les cellules épithéliales des conjonctives infectées, des inclusions particulières analogues à celles décrites quelques mois auparavant par Haberstaedter et de Prowazek dans les cellules épithéliales de la conjonctive des trachômateux.

De Prowazk et Halberstaedter reprirent ces recher-

ches et soutinrent que la conjonctivite non gonococcique du nouveau-né était une épithéliose analogue au trachome. En outre ils retrouvèrent les mêmes inclusions dans les cellules épithéliales de l'urèthre chez une femme dont l'enfant était atteint d'ophtalmie « à inclusions. »

Ces résultats furent confirmés par les recherches d'Albanese, Heyman, Lindner. Ce dernier réussit à déterminer chez le singe une réaction conjonctivale « à inclusions » par l'inoculation de la sécrétion d'une ophtalmie non gonococcique.

En France ces conjonctivites ont été bien étudiées surtout par Morax, Lindner et Bollak à Lariboisière et à l'Institut Pasteur. Nous reviendrons plus loin sur les recherches de ces derniers auteurs.

CHAPITRE II

GÉNÉRALITÉS

Fréquence. — Contrairement à l'opinion générale, la majorité des cas de conjonctivites purulentes du nouveau-né sont non gonococciques.

Nous avons réuni à la consultation de M. le docteur Cantonnet à l'hôpital Cochin, pendant les mois de mai, juin et juillet 1920, un total de 12 observations de conjonctivites purulentes du nouveau-né, alors que pendant la même période et dans le même service, nous avons noté seulement 4 cas d'ophtalmie gonococcique du nouveau-né.

Cette statistique jointe à celle de Druais, à celles de Morax, montre l'extrême fréquence des conjonctivites purulentes non gonococciques.

On peut actuellement, à Paris, considérer qu'elles représentent dans les services ophtalmologiques de nos hôpi-

taux 65 à 70 p. 100 des conjonctivites purulentes du nouveau-né.

Caractères communs et division. — Les conjonctivites purulentes non gonococciques ont un caractère commun qui est leur bénignité. Mais malgré ce caractère essentiel qui les oppose en bloc aux gonococciques dont on connaît les complications cornéennes redoutables, elles forment un groupe hétérogène à étiologie variée que l'on peut diviser en deux grandes classes :

A. Conjonctivites à microbes connus.

B. Conjonctivites amicrobiennes dites « à inclusions »

CHAPITRE III.

CONJONCTIVITES PURULENTES NON GONOCOCCIQUES DU NOUVEAU-NÉ A MICROBES CONNUS.

Fréquence. — Ce groupe représente 10 p. 100 à 15 p. 100 des cas de conjonctivites (gonococciques comprises) observées chez le nouveau-né. D'après les statistiques de Druais, Augé, Walker.

Notre statistique de Cochin donne un pourcentage de 12,5 p. 100. Sur un total de 16 observations (12 non gonococciques et 4 gonococciques) nous avons 2 observations où la constatation de microbes autres que le gonocoque a été faite.

Quels sont les microbes rencontrés ? — On a signalé les microbes pathogènes les plus divers. Druais les classe en deux catégories :

1) *Microbes pathogènes spécifiques de la conjonctivite humaine.*

L'observation chez le nouveau-né de conjonctivite

purulente se rapportant à cette catégorie de microbes est très rare parce que le nouveau-né est peu exposé aux contaminations par le bacille de Weeks ou le diplobacille de Morax-Axenfeld qui d'ailleurs déterminent le plus souvent des conjonctivites catarrhales et exceptionnellement des formes purulentes.

2) *Microbes pyogènes non spécifiques de la conjonctivite humaine.*

Les microbes pyogènes les plus divers ont été signalés dans les conjonctivites du nouveau-né. Mais à part un diplocoque genre pneumocoque assez fréquent et le bactérium coli rencontré quelquefois, les autres pyogènes streptocoques, staphylocoques, Pfeiffer, Loeffler, pneumobacille de Friedlander n'ont été vus qu'accidentellement.

a) *Genre pneumocoque.* — Les conjonctivites purulentes du genre pneumocoque signalées assez souvent, ont été bien étudiées.

Crédé décrit : 1^o un type à pneumocoque.

— 2^o un type à diplocoque prenant le Gram qui peut se confondre au simple examen bactériologique avec le pneumocoque et qui est l'hôte habituel du vagin.

Notre observation I est un cas très net se rapportant à ce second type.

Obs. I. — B..., âgé de 9 jours est présenté à la consultation de Cochin le 9 août 1920.

Il est atteint de conjonctivite purulente bilatérale survenue le 7^e jour après la naissance.

Léger gonflement palpébral. Ecoulement d'un pus blanc jaunâtre.

Pas de lésions cornéennes.

Examen bactériologique. — On trouve en abondance un diplocoque encapsulé gardant le Gram. On retrouve d'autre part dans les sécrétions vaginales de la mère des diplocoques identiques très nombreux.

14 août. — Sous l'influence d'instillations d'argyrol au 1/10 la conjonctivite est complètement guérie.

b) *Genre bacilérium coli.* — Ce type est constitué par un bacille épais décrit également par Crédé.

Il est souvent intra-cellulaire, cultivé sur agar, ne liquéfie pas la gélatine, fait fermenter le glucose. Il est assimilable au bactérium coli.

L'observation II répond à ce type.

Obs. II. — P..., Charles, âgé de 15 jours est présenté à la consultation de Cochin le 18 mai 1920. Conjonctivite purulente bilatérale. Gonflement palpébral léger. Cornée intacte.

L'examen bactériologique des sécrétions révèle de gros bacilles analogues au bactérium coli.

Caractères cliniques. — Je ne parlerai pas des conjonctivites à streptocoques, staphylocoques et autres pyogènes, qui sont exceptionnelles. Je m'en tiendrai aux deux types les plus couramment observés.

1) *Formes du groupe pneumocoque.*

a) Cliniquement, la forme à diplocoque simulant le pneumocoque a une évolution bénigne, débute le sixième jour au plus tôt et sa sécrétion est demi-purulente

b) La variété à pneumocoque vrai est plus sérieuse. Elle débute vers le huitième jour. La sécrétion est très purulente, l'œdème palpébral fréquent; il y a quelquefois des fausses membranes. Elle guérit en 15 jours.

2) *Forme du groupe bactérium coli.* — Elle débute du cinquième au onzième jour. La sécrétion purulente est plus claire, et la durée est de quelques jours.

CHAPITRE IV

CONJONCTIVITES AMICROBIENNES DITES « A INCLUSIONS »

On ne trouve aucun microbe à l'examen bactériologique dans le pus de ces conjonctivites. Mais on rencontre, par une coloration spéciale dans les cellules épithéliales de la muqueuse conjonctivale, des inclusions protoplasmiques particulières appelées encore « Chlamydozoaires » ou « corpuscules d'Halberstaedter et de Prowazek » noms des deux auteurs qui orientèrent les recherches dans la voie qu'ils avaient ouverte en découvrant des inclusions analogues dans les cellules épithéliales de conjonctives trachomateuses.

Nous avons vu d'autre part dans l'historique que c'est Stargardt qui le premier fit la découverte de ces corpuscules chez un nouveau-né atteint de conjonctivite purulente non gonococcique. Nous avons vu aussi que cette découverte fut confirmée par plusieurs auteurs. Mais

les plus belles recherches furent faites en France par Morax, Lindner et Bollak en 1911 à Lariboisière et à l'Institut Pasteur (*Annales d'Oculistique*, mai 1911). Ces auteurs levèrent tous les doutes sur l'existence de ces inclusions encore discutées par Metafune et quelques auteurs.

Ils ont étudié 13 cas non gonococciques, ils ont trouvé dans 9 des inclusions. Les inoculations qu'ils ont faites sur la conjonctive du singe ont provoqué une réaction conjonctivale. Ils ont réussi dans un cas à faire 5 passages successifs en retrouvant au cinquième les inclusions caractéristiques dans les cellules épithéliales de la conjonctive.

Dans les quatre cas où l'examen n'a pas révélé d'inclusions ils font eux-mêmes des réserves, les recherches n'ayant pas pu être répétées plusieurs jours de suite dans trois cas (les inclusions étant parfois rares et par suite difficiles à trouver).

Voici leurs conclusions :

« Nous concluons donc de ces quelques expériences qu'un grand nombre des ophtalmies non gonococciques du nouveau-né que nous observons à Paris est dû à cette infection spéciale qui se caractérise à l'examen microscopique par la présence d'inclusions épithéliales analogues à celles du trachome et dont l'inoculation expérimentale sur la muqueuse oculaire du cynocéphale provoque une réaction modérée ne dépassant pas quelques semaines. »

Fréquence. — Avant la découverte du chlamydozoaire, Druais signalait déjà dans son travail de thèse 30 conjonctivites amicrobiennes sur 63 cas de conjonctivites des nouveaux-nés (gonococciques comprises).

Pour Morax ces conjonctivites comprennent plus de la moitié des cas.

Nous avons 10 conjonctivites purulentes à l'examen bactériologique négatif sur un total de 16 observations (12 non gonococciques et 4 gonococciques).

On peut donc admettre qu'elles représentent 55 % à 60 % des conjonctivites purulentes. Cantonnet a vu dans sa clientèle privée une proportion encore plus forte; et tout récemment il constatait 4 cas non gonococciques et amicrobiens contre un cas gonococcique.

Début. — Elles débudent, pour Lindner et Morax, du deuxième au onzième jour; et dans nos dix observations, du troisième au onzième jour. Mais les sixième, septième et huitième jours sont les dates d'apparition les plus fréquentes.

Aspect clinique. — Ces conjonctivites simulent assez souvent les gonococciques.

Il en résulte que la clinique peut nous faire confondre une conjonctivite bénigne avec une gonococcique dont les complications cornéennes sont si graves et si fréquentes. L'examen bactériologique seul permet le diagnostic et le pronostic.

Cependant la clinique conserve une grosse valeur

relative et dans la majorité des cas elle nous permet de soupçonner la nature non gonococcique d'une conjonctivite.

Cantonnet et nous-même après Lindner avons constaté que la sécrétion est moins fluide, et la phase aiguë moins longue, il y a moins d'œdème palpébral et moins de chémosis. Les deux yeux sont moins fréquemment pris que dans l'infection gonococcique. Dans nos 10 observations, 4 fois un seul œil a été atteint (obs. IV, VI, VII et VIII).

A ce propos nous avons constaté, tant dans les 13 observations de Morax, Lindner, Bollak que dans les nôtres, ce fait vraiment curieux que l'affection débutait dans les conjonctivites bilatérales et se localisait dans les conjonctivites monoculaires presque toujours à l'œil gauche, 2 fois à l'œil droit et 10 fois à l'œil gauche. (*Annales d'oculistique* mai 1911, Morax, Lindner, Bollack) 4 fois à l'œil gauche dans nos observations (obs. IV, VI, VII, VIII).

Peut-être pourrait-on expliquer cela par la compression plus fréquente de l'œil gauche pendant l'accouchement. On comprend très bien en effet que dans les présentations en O. I. G. A., les plus fréquentes, l'œil gauche avant et pendant la rotation puisse être comprimé contre la pointe du sacrum. Au contraire, une présentation en O. I. D. A. qui comprimerait l'œil droit dans des conditions analogues est très exceptionnelle.

Evolution. — Les symptômes de la conjonctivite

« à inclusions », aigus les premiers jours, arrivent très vite à une phase d'atténuation, mais celle-ci se prolonge longtemps entrecoupée de petites poussées inflammatoires de la conjonctive.

Lindner distingue deux modes d'évolution. Pour lui, tantôt les symptômes sont très aigus et débutent du deuxième au septième jour, tantôt l'affection est subaiguë et débute du septième au onzième jour. La première forme évolue rapidement, l'autre continue à évoluer de longues semaines et même des mois.

Enfin il est remarquable de constater que ces conjonctivites sont moins influencées dans leur évolution par le traitement que les autres (gonococcique) ou non gono.

Pronostic. — Quoi qu'il en soit elles sont d'un pronostic essentiellement bénin. Nous n'avons pas trouvé ni chez les auteurs ni dans les observations de Cochin un seul cas compliqué.

La cornée si fréquemment lésée dans la conjonctivite gonococcique n'est jamais touchée.

On a pu signaler rarement la production de quelques follicules sur la conjonctive; mais ils finissent par disparaître sans laisser de traces après que la sécrétion, de purulente, est devenue muco-purulente, puis simple sérosité qui assez longtemps encore agglutine les cils et colle au réveil les yeux du petit malade.

Nous joignons ici à notre étude 10 observations de conjonctivites amicrobiennes dites « à inclusions ». La plupart d'entre elles n'ayant pu être suivies sont incomplètes; mais l'examen bactériologique a été fait et dans tous les cas a été négatif. Elles entrent donc indéniablement dans cette grande classe de conjonctivites amicrobiennes dites « à inclusions ».

L'observation XII que nous avons pu suivre plus longtemps et aussi d'une manière plus profitable est typique. Nous y avons rencontré les inclusions caractéristiques dont nous donnons plus loin l'étude.

Obs. III. — H..., Lucienne, 22 jours, est présentée à la consultation de Cochin le 20 mai 1920.

Elle est atteinte de conjonctivite purulente O. D. G. Sécrétion purulente blanc jaunâtre, léger gonflement palpébral. Cornée intacte.

Examen bactériologique. — Après plusieurs examens négatifs il n'a été trouvé que des cellules conjonctivales desquamées et des polynucléaires neutrophiles.

Obs. IV. — B..., sexe masculin, âgé de 10 jours, est présenté le 28 mai 1920 à la consultation de Cochin avec une conjonctivite purulente O. G. d'aspect bénin datant du 9^e jour; très peu d'œdème palpébral; sécrétion blanc jaunâtre peu abondante. Cornées normales.

Examen bactériologique. — Négatif.

Obs. V. — D..., Simonne, âgée de 13 jours est présentée à la consultation de Cochin le 3 juin 1920 avec une conjoncti-

vite purulente O. D. G. apparue le 5^e jour. Les cornées sont normales.

Examen bactériologique. — Négatif.

Obs. VI. — I..., sexe féminin, âgée de 9 jours est présentée à la consultation de Cochin le 7 juin 1920 avec une conjonctivite purulente O. G. apparue le 6^e jour.

Sécrétion demi-purulente. Cornées intactes.

Examen bactériologique. — Négatif.

Obs. VII. — G..., sexe masculin, âgé de 8 jours est présenté à la consultation de Cochin le 15 juin 1920 avec une conjonctivite purulente O. G. apparue le 6^e jour.

Sécrétion purulente jaunâtre; aucune lésion cornéenne; l'œil droit est normal.

Examen bactériologique. — Négatif.

Obs. VIII. — B..., Maurice, 8 jours, est présenté à la consultation de Cochin le 25 juin 1920 atteint de conjonctivite purulente O. G. survenue le 7^e jour. Gonflement palpébral considérable; en écartant les paupières il s'échappe un liquide citrin.

La cornée est intacte.

Examen bactériologique. — Négatif.

Obs. IX. — H..., Marcel, âgé de 17 jours, est présenté à la consultation de Cochin le 2 juillet 1920 avec une conjonctivite purulente O. D. G. datant du 9^e jour. Gonflement palpébral assez considérable. Cornées intactes.

Examen bactériologique. — Négatif.

Obs. X. — F..., André, âgé de 11 jours est présenté à la consultation de Cochin le 6 juillet atteint de conjonctivite purulente O. G. D. apparue le 9^e jour. Léger œdème palpébral.

Pas de lésions des cornées.

Examen bactériologique. — Négatif.

Obs. XI. — G..., Marthe, âgée de 12 jours, est présentée à la consultation de Cochin avec une conjonctivite purulente O. D. G. survenue le 10^e jour.

Pas de lésions cornéennes.

Examen bactériologique. — Négatif.

Obs. XII. — W..., Pierre, âgé de 7 jours est présenté à la consultation de Cochin le 26 juillet.

Il est atteint de conjonctivite purulente O. D. G. qui a débuté le 3^e jour.

Œdème palpébral assez considérable. Sécrétion purulente blanc jaunâtre.

Examen bactériologique. — Aucun microbe. On recherche les inclusions que l'on rencontre en assez grande abondance.

21 août. — L'enfant qui a suivi un traitement régulier, nitrate d'argent au 1/200 puis argyrol au 1/10 en instillation n'est pas encore guéri. Il persiste une sécrétion légère qui agglutine les cils, un peu de rougeur de la conjonctive mais aucune lésion des cornées.

*
* * *

Examen microscopique. — L'inclusion protoplasmique se présente à l'intérieur des cellules épithéliales de la conjonctive sous la forme d'amas de cocci, gros

chacun comme un staphylocoque, et d'aspect muriforme. Ils sont intraprotoplasmiques et tranchent par leur coloration bleue violacée sur la coloration rose pâle du protoplasma, dans les préparations avec le colorant de Tribondeau.

Dans la plupart des cas sur les préparations que nous avons faites, l'aspect muriforme est le plus souvent observé. L'inclusion paraît encapsulée dans une masse plus claire que le protoplasma. Mais on peut d'autre part rencontrer ces petits amas de cocci privés de leur capsule et comme éclatés dans le protoplasma.

Pour la recherche des inclusions, on recueille les cellules de l'épithélium conjonctival en râclant la muqueuse tarsienne avec une spatule. Le produit de râclage est étalé sur une lame et séché. Il y a plusieurs modes de coloration.

Lindner fixe à l'alcool absolu puis colore avec la solution de Giemsa :

Colorer pendant une heure avec le mélange suivant:

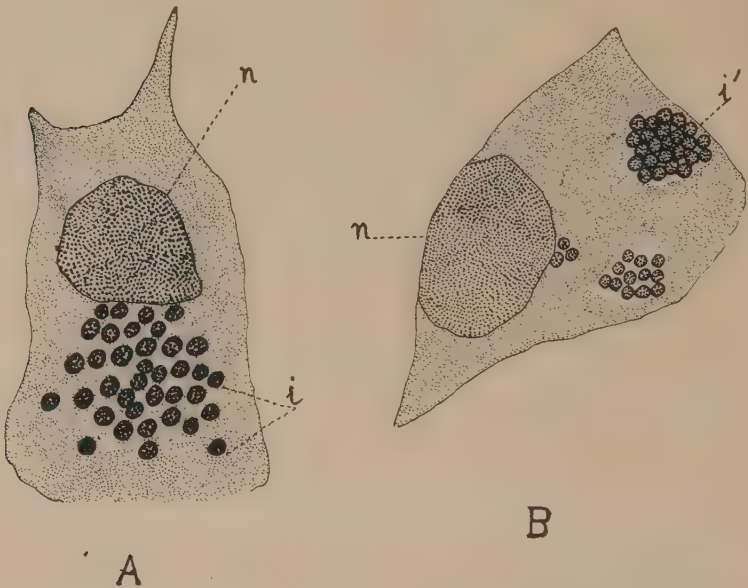
Eau distillée.....	10 cc.
Sol. de Giemsa.....	V gouttes.
Acide acétique à 10 %	I goutte.

Laver légèrement, sécher, monter à l'huile de cèdre.

Nous nous sommes servi du colorant de Tribondeau analogue au Giemsa et d'acquisition récente. Il nous a permis d'obtenir de très bonnes colorations d'inclusions avec une technique très simple. Les croquis que nous

apportons ici représentent des cellules conjonctivales à inclusions, colorées par ce procédé.

Technique. — La lame est séchée à l'air et non fixée. On compte avec une pipette quelques gouttes du colorant de Tribondeau que l'on répand sur cette lame. On recouvre d'une boîte de Pétri pour éviter l'évapora-



LÉGENDE. — A et B : Cellules épithéliales de la muqueuse oculaire.
i : Inclusion éclatée montrant les cocci qui la composent répandus dans le protoplasma.
n : Noyau.
i' : Inclusions protoplasmique d'aspect muriforme.

tion et la souillure des poussières. On laisse agir 5 minutes et on ajoute un nombre de gouttes d'eau distillée égal au double des gouttes du colorant. Il faut avec la pipette

bien mélanger eau distillée et colorant et laisser agir encore 10 minutes.

On lave et on sèche. On examine à l'immersion.

Quelle est la signification de ces inclusions ? — Certains auteurs ont dit que les corpuscules de Halberstaedter et de Prowazek tiendraient à l'activité sécrétoire des cellules épithéliales. Elles se présentent sous le microscope avec des caractères si spéciaux et si différenciés dans le protoplasma, qu'il est bien difficile d'en faire de simples modifications de ce protoplasma.

Le corpusculé de Halberstaedter a été retrouvé dans les cellules de l'épithélium vaginal et uréthral; d'autre part il est prouvé qu'il est inoculable. Il paraît bien en somme être l'agent pathogène responsable des conjonctivites purulentes amicrobiennes. Mais s'il ne l'était pas, il resterait un témoin précieux pour caractériser cette variété de conjonctivites.

CHAPITRE V

TRAITEMENT ET PROPHYLAXIE

Le traitement de toutes ces conjonctivites purulentes consiste surtout en instillations deux fois par jour, de nitrate d'argent au 1/100 lorsque la sécrétion est franchement purulente. On peut employer la solution au 1/200 ou l'agyrol au 1/10 quand la sécrétion devient plus claire. Le sulfate de zinc au 1/50 et au 1/100 pour les formes trainantes.

Les formes à pyogènes sont guéries très rapidement par ce traitement.

Celles à inclusions sont peu influencées.

La méthode de Crédé réalise la meilleure prophylaxie.

«Aucun moyen prophylactique aussi puissant et moins dangereux » dit Pinard (Académie de Médecine, 31 mars 1908). Et il apporte une statistique de 40.000 cas, sans un seul accident imputable à cette méthode.

Il faut instiller 1 goutte de solution à 2/100 de nitrate d'Ag. dans chaque œil du nouveau-né avant même la ligature du cordon. Jamais aucun accident dû au nitrate (l'injection conjonctivale disparaît toujours en 48 heures).

Il n'y a pas à prendre comme pour l'ophtalmiegonococcique de mesures prophylactiques spéciales pour préserver l'entourage.

CONCLUSIONS

I. Les conjonctivites purulentes non gonococciques du nouveau-né se divisent en deux grandes classes :

1^o Conjonctivites à microbes connus ;

2^o Conjonctivites amicrobiennes dites « à inclusions ».

II. Parmi les conjonctivites purulentes du nouveau-né il y en a 55 p. 100 à 60 p. 100 à inclusions ; 10 à 15 p. 100 à microbes connus, et environ 30 à 35 p. 100 à gonococques.

III. Parmi les conjonctivites purulentes à microbes connus, les variétés dues au genre pneumocoque représentent la plupart des cas. Leur évolution est très bénigne, leur durée n'excède pas huit jours le plus souvent.

Les autres formes à pyogènes tels que : bactérium coli, et surtout Pfeiffer, streptocoques, etc., sont peu fréquentes.

IV. Les conjonctivites amicrobiennes dites « à inclusions » ne se distinguent cliniquement des gonococciques, que par des caractères secondaires et sans valeur absolue.

Cependant leur date d'apparition entre le deuxième et le onzième jour, mais surtout entre le cinquième et le huitième jour a une assez grosse valeur diagnostique.

Elles ne se compliquent jamais de lésions cornéennes.
Leur durée est très souvent prolongée de plusieurs semaines.

V. L'examen bactériologique a une importance considérable. Seul il permet le diagnostic et donne aussi le pronostic.

La recherche des inclusions se fait par la solution de Giemsa, ou mieux avec le colorant de Tribondeau.

Leur spécificité est probable mais non certaine.

VI. Le traitement des conjonctivites purulentes, non gonococciques, consiste surtout en instillations de nitrate d'argent au 1/200 et d'Argyrol au 1/10.

Les formes à pyogènes sont guéries par le traitement. Celles à inclusions sont médiocrement influencées par lui.

La méthode de Crédé réalise la meilleure prophylaxie.

VII. On voit l'importance considérable qu'il y a à bien connaître les conjonctivites « à inclusions » si fréquentes, car leur pronostic est sans gravité et elles ne nécessitent pas de mesures prophylactiques spéciales.

Mais tant que l'examen bactériologique n'a pas été pratiqué, on doit considérer toute conjonctivite purulente du nouveau-né comme gonococcique et la traiter comme telle. C'est une mesure de prudence élémentaire.



Vu :
Le Doyen,
H. ROGER.

Vu :
Le Président de thèse,
DE LAPERSONNE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- Albanese.** — Recherche des inclusions épithéliales dans la conjonctivite normale et dans différentes variétés d'inflammations conjonctivales (*Annales d'oculistique*, t. CXLVI, 1911, p. 243).
- Augé.** — Recherche statistique sur la proportion des affections contagieuses observées dans une consultation ophtalmologique (*Thèse de Paris*, 1906).
- Crédé-Horder.** — Sur l'ophtalmie blennorrhéique non gonococcique des nouveau-nés et des nourrissons (*Deutsche med. Woch.*, 1913, n° 2, p. 74).
- Druais.** — Recherches cliniques et bactériologiques sur l'ophtalmie du nouveau-né (*Thèse de Paris*, 1904).
- Gonin.** — De la nature microbienne des conjonctivites observées à l'hôpital ophtalmologique de Lausanne (*Revue médicale de la Suisse romande*).
- Grouenow.** — Bacteriologische Untersuchungen über die Ätiologie der Augenentzündung der Neugeborenen. (*Bericht. üb. d. 27 Versammlg. d. ophthalm. Gesellsch. zu Heidelberg*).
- Halberstaedter et de Prowazek.** — De la présence de chlamydozoaires dans la conjonctivite purulente non gonococcique des nouveau-nés (*Berliner Klinische Wochenschrift*).

Lindner. — Relation existant entre certaines conjonctivites purulentes et le trachome (*Archives d'ophthalmologie d'Albr. de Graefe*, v. LXXIII, p. 345).

— Biologie des inclusions cellulaires du trachome et de la conjonctivite des nouveau-nés (*Archives d'opht. d'Albr. de Graefe*, v. LXXXIV).

Lasareff et Pétroff. — Fréquence des inclusions intra-cellulaires dans le trachome et les affections conjonctivales (*Wiestnik Ophthal.*).

Métafuné. — Recherche des inclusions épithéliales dans la cornée normale et pathologique (*Annales d'oculistique*, t. CXLVI, p. 251, 1911).

Morax, Lindner et Bollak. — Recherches expérimentales sur l'ophtalmie non gonococcique des nouveau-nés dites « à inclusions » (*Annales d'oculistique*, mai 1911).

Pinard. — Prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés (*Académie de médecine*, 31 mars 1908).

Walker. — Deux cas d'expérience sur l'ophtalmie des nouveau-nés au Saint-Paul Hospital de Liverpool, avec remarque sur le traitement et les résultats.
